VOL. 91 IULIE—SEPTEMBRIE 1987 Nr. 3

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALĂ

A SOCIETĂȚII DE MEDICI ȘI NATURALIȘTI DIN IAȘI

1887 — 1987

1830

EXTRAS

Scanned with OKEN Scanner

REV. MED. CHIR. SOC. MED. NAT. IAȘI
1987, vol. 91, nr. 3

SEMNIFICAȚIA MEDICALĂ A EXPLORĂRII STRUCTURII ANTROPOLOGICE A COMPORTAMENTULUI ADAPTATIV

T. PIROZYNSKI, GH. SCRIPCARU, M. ȘELARU, V. CHIRIȚĂ, H. GOTTLIEB, N. PĂRUȘ, V. ASTĂRĂSTOAE, P. BOIȘTEANU, N. COSMOVICI, V. PARASCHIV, GH. DRĂGHICI

Institutul de Medicină și Farmacie Iași
Clinica de psihiatrie și Laboratorul de medicină legală

Cadrul teoretic. Orientarea cercetării către aspectele populaționale ale stării de sănătate, în cazul nostru a stării de sănătate mentală, constituie una din dimensiunile actuale și de perspectivă ale medicinei.

Expansiunea preocupărilor pentru starea de sănătate mentală se afirmă în mod deosebit în condițiile evidentei constatări a mutațiilor instituite de dinamica civilizației, prin care se dezvoltă tipuri și modalități psihocomportamentale implicate în toate aspectele relaționale ale vieții. Expresia de mare complexitate a unor procese relaționale care privesc personalitatea, sistemul ambiental și valorile caracteristice modului de existență și activitate, realizează de fapt problematica medicală a omului sănătos, a riscului de deviață și boală mentală, ca și a modalităților ce pot contribui la promovarea sănătății și a potențialului ei integral de afirmare (2, 7, 9, 19).

Un astfel de domeniu problematic poate fi abordat prin modele de cercetare pluridisciplinară, într-o convergență de concept și metodologii capabile să identifice manifestări și fenomene care, păstrînd limitele și posibilitățile explorării medicale, să ofere înțelegerea unor variabile subiective ce apar sau intervin în comunicarea interpersonală, de grup și sistem ambiental (4, 5, 20).

Acest sens antropologic de cercetare medicală a stării de sănătate și a patologiei mentale constituie o referință dinamică și unitară, individuală și relațională ontologică și istorică, ce se implică conceptual și operațional în problematica asistenței populaționale. Pentru psihiatrie, ca latură a cercetării și intervenției medicale, antropologia oferă modelul psihocomportamental al personalității realizată de istorie și cultură ca realitate intrinsecă prin care se realizează un mod particular de comunicare acțională. Acest cadru de relații formale, ca reprezentare spațială sau temporală, apare înzestrat de valori cu acțiuni restrictive și de reglementare prin a căror forță se modelează tipuri de comportament și reprezentări însușite. Conceptul antropologic pe care psihiatria îl deține din resursele sale funciare, atribuie personalității sensul istoric al existenței sociale, al naturii create de semnificații și valori axiologice, structurate în motivații subiective, cu forța de direcționare a atitudinilor și acțiunilor sale. De altfel, tentativa de a cerceta și asista, ca latură permanentă a medicinii, nu a ignorat niciodată dimensiunea antropologică a omului și a conturat-o prin direcții succesive, care îndeosebi în

Scanned with OKEN Scanner

proiecția progresului actual al informațiilor face necesar demersul către modalități integrale și sistemice de evaluare a stării de sănătate (3, 6, 8, 10, 15).

La fel cercetarea devianței și a patologiei mentale, prin omisiunea acestui concept, lipsită de dimensiunea umană a unui registru semiologic, nu poate capacita criteriul nosologic și interacțiunile patoplastice din comportamentul relațional.

Proiecția cercetării folosește ca model orientativ cercetări anterioare asupra motivației și psihopatologiei relaționale, cercetări prin care s-au proiectat unele modalități de psihoprofilaxie și asistență ale stărilor discomportamentale situaționale sau explicit definite de nosologia psihiatrică (11, 18).

În continuare proiectăm, în cadrul temei de cercetare, explorarea unui lot semnificativ de cazuri cu risc comportamental patologic stabilit prin examinări medicale, expertale sau în cursul asistenței clinice. Scopul cercetării este evaluarea factorialității evenimențiale și relaționale și condițiile în care aceasta poate constitui sursa de vulnerabilitate a activității psihocomportamentale și a structurii personalității.

Observațiile noastre preliminare evidențiază categorii de situații psihopatologice în care sinergia unor relații sau acțiuni patogene structurează aspecte psihopatologice cu evoluție și prognoză diferită și în raport de asistența medicală și cooperarea unor factori recuperatori.

Examinarea medicală a acestor cazuri se constituie într-o analiză poliaxială cu permanenta exigență de evaluare a unor simptome și a dinamicii procesuale a evoluției, a cadrului sindromatic, raportate la setul de motivații validate prin explorări biomedicale, socio-culturale și psihologice.

În acest sens constatările noastre preliminare se referă la contextul discomportamental prin conjugopatii, devianțele prin însrăinarea unor modele formative și educaționale, evoluții discomportamentale cu potențialitate hetero și autoagresivă, tipologia discomportamentală în cadrul formelor de alcoolism, ca și variatele particularități psihocomportamentale situaționale și conflictogene (1, 12, 17).

Examinarea și intervenția medicală în cazuistica variată a categoriilor citate oferă informații cu ample posibilități de identificare a unor mecanisme patogene, care pot folosi în orientarea unor modalități de asistență recuperatorie, dar relevă în același timp oportunitatea unor cercetări complementare asupra personalității și a vulnerabilității sale la situații relaționale cu risc patogen.

Constatăm în acest sens posibilitatea constituirii unui model medical de informații despre starea de sănătate, devianța sau boala mentală a unui caz cercetat ce se personifică însă numai prin reconstituirea sistemului comunității sale vitale, de condiții și valori, prin care se structurează și exprimă particularitățile psihocomportamentale. Astfel folosind observațiile noastre preliminare, cazul cercetat ca entitate a naturii în explorarea medicală modernă, se constituie într-un proiect de explorări și înțelegere a structurii antropologice a personalității, ca entitate a culturii, a naturii create și a proceselor sale modelatoare (1, 14, 15, 16).

Semnificația acestor aspecte, la nivelul progreselor actuale privind dinamica personalității și a comportamentului relațional deține o valoare conceptuală și operațională pentru o asistență medicală comprehensivă a patologiei mentale, a factorilor de risc și a unor opțiuni realiste de psihoprofilaxie și reabilitare.

Metodele cercetării sînt direcționate de obiectul investigației, strategia constituirii categoriilor de cazuri, caracterul pluridisciplinar al explorărilor și posibilitatea înscrierii unor rezultate obținute în modele valabile de interpretare.

Constituirea metodologiei se realizează selectiv, prin elaborarea succesivă și de consens a unor aspecte teoretice privind cercetarea medicală a particularităților comportamentale în psihologia și psihopatologia relațională și prin validarea semnificațiilor biomorfologice, semiologice, atitudinale și acționale.

Diversitatea echipei de cercetare, constituită din psihiatri, medici legiști, psihologi, implică o unitară aplicare a unor modalități de explorare medicală, de laborator clinic și de evaluări psihologice. În acest sens, parametrii unei explorări medicale clinice sînt completați, în prima etapă a cercetării, de: 1) scala de anxietate (simptomatologică, somatică și sindromologică — elaborată de T. Pirozynski, V. Paraschiv, H. Gottlieb, Gh. Drăghici, N. Cosmovici); 2) scala de observație semiologică a riscului comportamental patologic, auto și hetero-

Scanned with OKEN Scanner

agresiv (elaborată de T. Pirozynski, V. Paraschiv, H. Gottlieb, N. Cosmovici); 3) scala de evaluare a implicațiilor medicale în alcoolism (elaborată de T. Pirozynski, H. Gottlieb, N. Păruș, V. Paraschiv).

Fiecare din aceste scale de observație și evaluare sînt organizate printr-o aliniere orizontală de date medicale, relaționale și psihologice cuprinse într-un grupaj succesiv și de aprecieri de intensitate, distinct notificate și dispuse în ordinea clasată pe verticală. Structura scalei, organizată în acest fel poate permite evaluări cantitative a fiecărui caz cercetat și în final, aprecieri de acest gen pentru categorii de cazuri explorate.

O amplă legendă, pentru fiecare scală, precizează în mod explicativ conținutul datelor cuprinse în succesiunea orizontală și semnificația valorică a notificărilor în ordonarea lor pe verticală.

Pentru ilustrare prezentăm principalele categorii de observații și evaluări:

I. Scala de anxietate este constituită din următoarele observații (subgrupate fiecare în 3 categorii de date semiologice diferențiate și notate, avînd semnificația unei mai precise definiri a observației):

1. Anxietatea psihică resimțită.
2. Anxietatea somatică.
3. Anticipația anxioasă.
4. Anxietatea cu tendință spre dramatizare.
5. Anxietatea obsedantă difuză ori sistematizată.
6. Anxietatea psiho-socială.
7. Anxietatea cu dispoziție afectivă astenică.
8. Anxietatea emoțională, tensională, de disconfort.
9. Anxietatea iritabilă cu denivelări disforice ale echilibrului emoțional.
10. Anxietatea hiperemotivă.
11. Oscilații anxioase ciclotime (bipolaritate timică).
12. Dispoziția afectivă, anxioasă, ambivalentă.
13. Anxietate delimitată, cu agitație interioară.
14. Anxietatea după starea de trezire dintr-un somn cu vise-coșmaruri.
15. Anxietatea perplexă de uimire și nedumerire.
16. Anxietatea tonusului vital.
17. Anxietatea observată (manifestă).

II. Scala de observație semiologică a riscului comportamental, auto și hetero-agresiv cuprinde următoarele observații (fiecare subgrupată în 4 categorii de situații semiologice):

1. Agresivitatea verbală.
2. Agresivitatea fizică împotriva obiectelor din jur.
3. Agresivitatea fizică împotriva propriei persoane.
4. Agresivitatea fizică împotriva altor persoane.

III. Scala de evaluare a implicațiilor medicale în alcoolism (cu 4 subclase de situații semiologice și clinice) cuprinde:

1. Motivația consumului de alcool.
2. Tipuri de consum.
3. Starea premorbidă.
4. Forme clinice de alcoolism.
5. Manifestări discomportamentale.
6. Măsuri speciale (de asistență).
7. Profilul psihologic.
8. Tratamentul.
9. Mijloace recuperatorii.

Metodologia cercetării, prin caracterul multidisciplinar al echipei, cuprinde modalități de explorare de specialitate și care se constituie într-un model medical distinct pentru fiecare categorie de cazuri examinate, cît și scale de observații și evaluări ce pot fi aplicate separat, iar prin legenda lor explicativă limitează riscul unor observații sau erori subiective.

Concluzii. Tendințele actuale ale asistenței medicale, orientate de aspectele relaționale ale comportamentului integrativ, atitudinea subi-

Scanned with OKEN Scanner

ectivă față de devianța comportamentală sau procesualitățile psihopatologice, relevă importanța identificării unei factorialități de risc patogen, factorialitate ce se constituie într-un domeniu interdisciplinar de cercetare. În acest sens, desfășurarea cercetării noastre asupra structurii antropologice a comportamentului adaptativ în dinamica civilizației moderne se organizează într-o colaborare pluridisciplinară.

Clarificarea unor aspecte conceptuale a permis stabilirea și utilizarea prin consens a unei metodologii de cercetare, atît pentru explorările particulare sau caracteristica fiecărei discipline medicale, cît și pentru explorările folosite printr-o comună participare. În același timp studiul nostru de etapă a cercetării confirmă valoarea, dar și exigențele necesare înțelegerii semnificațiilor medicale, ale unor complexe aspecte relaționale.

Aceste aspecte configurează starea de sănătate mentală cu particularitățile și tendințele evoluției sale prin care se proiectează și modalitățile de intervenție și asistență medicală populațională.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Amiel-Lebigre F. : Actual. psychiatr., 1986, 9, 149—154.
2. Amiel-Lebigre F. : *Evénements de vie et risque psychopathologique*, Edit. SIMEP, 1985.
3. Biberi I. I. : *Principii de psihologie antropologică*, Edit. Didactică și Pedagogică, 1971.
4. Blanchet A. : Bull. de psychol., 1986, 377, 761—764.
5. Boardman A. P., Bouras N., Watson J. P. : Acta psychiat. belg., 1986, 4, 402—407.
6. Carleer M., Roubertoux P. : Confront. psychiat., 1986, 27, 63—88.
7. Dabrowski K. (sub red.) : *Zdrowie psychiczne*, Edit. P.W.N. Wars., 1985.
8. Dumitrașcu D. : *Medicina între miracol și dezamăgire*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1986.
9. Mironțov-Țuculescu V., Predescu V., Oancea C. : *Sănătatea mintală în lumea contemporană*, Edit. Medicală, 1986.
10. Pirozynski T. (sub red.) : *Interferențe psihiatrice*, Rev. Med. Chir. Iași, supl., 1986.
11. Pirozynski T. (sub red.) : *Ecosistemul relației familiale și asistența psihiatrică*, I.M.F. Iași, 1986.
12. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka, Gottlieb H. : Rev. Med. Chir. Iași, 1983, 4, 541—545.
13. Richard J., Droz A., Crombecque A. : Ann. Méd. Psychol., Paris, 1985, 6, 505—518.
14. Săhleanu V. : *Concepții despre om în lumea contemporană*, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
15. Schipperges H. : *Antropologie in der geschichte der Medizin*, Edit. G. Thieme, Leipzig, 1972.
16. Shepherd M. (edit. by) : *Handbook of Psychiatry, The Scientific Foundations of Psychiatry*, Edit. Cambridge Univ., 1985.
17. Scripcaru Gh., Pirozynski T., Astărăstoae V. : Rev. Med. Chir. Iași, 1987, 1, 47—52.
18. Scripcaru Gh., Pirozynski T. : Rev. Med. Chir. Iași, 1985, 2, 207—212.
19. Uchtenchagen A. : Acta psychiat. belg., 1986, 4, 350—362.
20. Veil Cl. : Bull. de psychol., 1986, 377, 755—760.

MEDICAL SIGNIFICANCE OF ANTHROPOLOGICAL INVESTIGATION OF ADAPTATIVE BEHAVIOUR

Scanned with OKEN Scanner

VOL. 92 OCTOMBRIE—DECEMBRIE 1988 Nr. 4

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALĂ

A SOCIETĂȚII DE MEDICI ȘI NATURALIȘTI DIN IAȘI

1830

EXTRAS

Scanned with OKEN Scanner

REV. MED. CHIR. SOC. MED. NAT. IAŞI
1988, vol. 92, nr. 4

SEMNIFICAŢIA EXPLORĂRILOR PSIHOLOGICE ÎN PROGRAMUL RECUPERATOR AL COPIILOR HANDICAPAŢI SEVER LA O CLINICĂ DE BOLNAVI CRONICI

NICULINA FÎNTÎNĂ, V. PARASCHIV, M. LĂUDAT, STELA RUSU, JOIŢA LUNGULEAC, T. PIROZYNSKI

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi

Observaţii introductive teoretice. Originile preocupărilor medico-pedagogice şi educative privind asistenţa copiilor handicapaţi psihic se situează pe la mijlocul sec. al XVI-lea şi se îmbogăţesc cantitativ şi calitativ pînă în sec. al XIX-lea prin aporturile deosebite ale unor personalităţi ilustre ca Itard, Ed. Séguin, Pestalozzi, Ed. Clapared şi alţii care introduc şi statuează metode de educaţie şi orientare pedagogică, terapeutică, integral-operaţionale, cu semnificaţii teoretice care mai subzistă şi în zilele noastre (1).

Primele colaborări medico-pedagogice se conturează în Franţa, de către reeducatori ai insuficienţelor senzoriale şi ai arieraţiilor. Tot acum se statuează şi prima consultaţie medico-pedagogică necesară realizării triajului copiilor handicapaţi în vederea stabilirii criteriilor de admisie şi orientare în clasele speciale de educaţie. În aceeaşi perioadă ia fiinţă în Belgia o societate protectoare a copiilor deficienţi pentru pregătirea profesională şi încadrarea lor în muncă (1).

Gîndirea ştiinţifică, depăşind eforturile educaţionale, se îndreaptă spre adîncirea investigaţiei, influenţînd evoluţia conceptelor clinice şi terapeutice (1, 2), punînd în discuţie valoarea terapeutică a educaţiei şi tratamentului psihic instituit în psihiatrie. Apare o tendinţă nouă relaţionată de numele a două personalităţi care au contribuit la dezvoltarea gîndirii ştiinţifice: A. Binet şi Maria Montessori, aceasta din urmă fundamentînd pe baze ştiinţifice, *terapia educaţională a copiilor* deficienţi mental.

Ideea terapiei prin muncă îi aparţine lui Pinel (1) fiind recomandată şi pentru recuperarea handicapaţilor psihici sever. La noi, în a doua jumătate a secolului trecut, apar acţiuni sporadice cu caracter filantropic pentru ocrotirea copiilor şi a minorilor.

În epoca contemponană se înregistrează o sporire continuă a manifestărilor ştiinţifice cu caracter internaţional conexate la studiul ştiinţific şi problematica asistenţei deficienţilor mentali: au avut loc Congrese ale Asociaţiei internaţionale pentru studiul ştiinţific al deficienţei mentale şi a fost fondată „Liga Internaţională a Asociaţiei pentru handicapaţii mentali" care şi-au propus anumite obiective. Semnificativă şi ilustrativă este apariţia unui document fundamental: „Declaraţia Drepturilor deficientului mental", elaborată la cel de al IV-lea Congres al Ligii, în 1968 şi adoptată de Adunarea Generală O.N.U. în 1971 (1, 11).

Actul educaţional, ca acţiune precis vectorizată, schimbă realitatea asupra căreia îşi exercită acţiunea. El şi-a asimilat intervenţia terapeutică, transformîndu-se într-un act cu valenţe, structuri şi finalităţi noi, ce urmează modalităţile terapiei şi se structurează dimensionîndu-se după alţi parametri (2). Actul educativ terapeutic structurat în noua dimensiune a recuperării respectă parametrii deficienţei, dar şi cei ai personalităţii copilului deficient (8). Pedagogia terapeutică (2) se conturează la interferenţa dintre pedagogie şi medicina deficientului mental, ea presupunînd o muncă în echipă (9).

Recuperarea aparţine tendinţelor moderne ale medicinei, care au apărut concomitent cu dezvoltarea modernă a societăţii (19). Ideea recuperării nu tre-

Scanned with OKEN Scanner

buie considerată numai medicală ori pedagogică, numai instituțională sau a familiei, ci într-o viziune sistemică, în contextul cooperării tuturor factorilor. Se promovează în acest sens relația „familie-specialist-instituție" iar recuperarea se detașează ca o disciplină nouă care se structurează prin abordarea interdisciplinară (18).

După tipul deficienței predomină deficitul motor senzorial, mental sau deficitul global. Și copilul needucat este un copil deficient (9, 14). Înțelegem deficiența ca o tulburare de un anumit grad a personalității determinată de prezența unui defect care se manifestă prin fenomene de neadaptare sau dezadaptare și anume prin dereglarea, limitarea sau schimbarea modalităților de stabilire a relațiilor cu mediul ambiant, mai ales cu cel social, în cadrul activităților de bază : joc, învățătură, muncă, altfel spus, este repercusiunea socială a defectului (19).

Ceea ce delimitează deficiența mentală de normalitatea structurală și funcțională se datorește tulburărilor stabile intervenite la nivelul sistemului integrator centrencefalic (8, 13). Copilul deficitar ar putea ajunge supus programului recuperator diferențiat și intensiv apropiat copilului care se naște fără deficiență. Educația specială individualizată reprezintă o modalitate esențială de optimizare a pregătirii integrării sociale a copiilor cu deficiență (5, 20).

Considerații metodologice și de asistență clinică. Asistența psiho-pedagogică și medicală de specialitate promovează modalități ce vizează dezvoltarea unor abilități și învățarea unui comportament socializat, necesare minimei capacități de adaptare la mediu. În acest scop la secția de psihiatrie Galata din cadrul Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" Iași s-a rezervat un spațiu funcțional pentru un număr de 62 copii handicapați psihic sever, care au beneficiat de un program recuperator special în care se dsfășoară activități de psihodiagnoză, asistență medicală, terapie educațională recuperatorie individuală și grupală, consultații, tratamente pentru capacități foarte limitate de asimilare, acomodare și adaptare.

Selecția populațională a cazuisticii incluse în programul recuperator are loc după anumite criterii psihiatrice și defectologice (20) valide, ce facilitează o anumită stabilitate a programului recuperator precum și conținutul de detaliu al regimului instituit (16) : tipul deficienței, gravitatea deficienței, deficitul primar dominant, nivelul mental, vîrsta cronologică, gradul dezvoltării limbajului, vîrsta instalării defectului și afecțiuni asociate. Investigația bio-patologică se prestează inițial la nivelul serviciului pedopsihiatric din cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Socola" Iași și cuprinde o amplă anamneză, examenul clinic psihiatric complet, examene de laborator și explorarea psihopedagogică complexă la nivelul secției de referință (17, 19).

Echipa pedagogică, psihologică și medicală, în plan psiho-intelectual urmărește și precizarea nivelului de dezvoltare, vîrsta mentală sau Q.I., abilități și disabilități caracteristice, dezvoltări inegale, deficite mentale globale iar în plan afectiv-comportamental, caracterial și de personalitate se diagnostichează tonusul afectiv, reacțiile emoționale și sistemul motivațional prin studierea comportamentului (14, 19), completat cu investigația socio-familială care sintetizează setul de informație cu date despre mediul familial, climatul familial și educațional, educativ, în cadrul unei colectivități (2, 13).

Din instrumentarul de investigare psihologică cu semnificație psiho-diagnostică în cadrul programului recuperator, echipa de cercetare a selectat și preferat : *teste de dezvoltare* (Inventarul de dezvoltare psiho-motorie. A. Gasell, administrat la începutul psihodiagnosticului), *teste de inteligență* (Scara verbală W.I.S.C. și de performanță — mai frecvent cea din urmă, testul Binet-Simon — pentru vîrsta de 3—6 ani și Matricele progresive Raven pentru copii), *teste analitice* (de atenție, observație, percepție și de limbaj) completate cu *teste perceptiv-motorii* (Scara Oseretzki) și *teste proiective de desen* (Omul, Casa, Familia, Arborele etc.).

Asistența terapeutică multidirecționată și complexă pentru această categorie de copii handicapați sever include și o terapie biologică asociată cu proceduri curativ-pedagogice, și integrate în psihoterapia diversificată, promovîndu-se astfel relația de acceptanță și simpatie, experiențe emoționale pozitive, personalitatea recuperatorului cu maturitatea și echilibrul său psihic.

Specifice programului recuperator al copiilor handicapați sever sînt procedurile curativ-pedagogice (6, 7) : logoterapia, kinetoterapia, asistența pedagogică (deprinderi după program), terapia ocupațională, psihoterapia complexă. Adaptarea tehnicilor specifice gradului de handicapare la pacient, elasticitatea, calmul supletea, noblețea, iată cîteva din calitățile necesare terapeutului recuperator, a personalului specializat format din psihologi și instructori de educație. Pacienții

Scanned with OKEN Scanner

sînt asistați pe tot parcursul zilei iar activitatea este susceptibilă de adaptare la situații noi.

Componența lotului de subiecți. Studiul prezentat s-a efectuat pe o durată de de 5 ani la secția Galata a Spitalului clinic de psihiatrie „Socola" Iași avînd ca ipoteză de lucru experimentarea și validarea unui model și program recuperator pentru această categorie de copii handicapați. Structura eșantionului luat în studiu a cuprins 62 de pacienți (23 fete și 39 băieți) din mediul urban 36 și rural 28, cu proveniență din familie 53 și din instituții diferite 9. Vîrsta la internare se prezenta astfel : 3—5 ani (7 subiecți), 5—6 ani (17 subiecți), 6—8 ani (20), 8—12 ani (13) și peste 12 ani un număr de 5 subiecți.

Structura eșantionului după categoriile de diagnostice s-a prezentat astfel : *Intelect liminar*, respectiv cu un Q.I = 67—85, 11 pacienți, asociat cu tulburări de comportament, carențe educative, abandon familial, handicap socio-familial prin familie dezorganizată = 13. *Autism infantil* (demență precoce, 2 pacienți). *Sindrom Longdon Down* (2 pacienți). *Encefalopatie cronică infantilă* (47 pacienți), dintre care : encefalopatie infantilă asociată cu autism = 7 pacienți, encefalopatie infantilă și epilepsie = 10 și encefalopatie infantilă asociată cu afecțiuni neurologice = 30. *Encefalopatie infantilă cu absența limbajului* = 32 cazuri. Alte aspecte patologice specifice handicapului sever, din componența lotului menționat, se mai obiectivează prezența limbajului parțial la numai 15 cazuri, absența autoservirii la internare = 39, enurezis = 51, gatism = 35 pacienți.

S-au mai constatat și unele manifestări supraadăugate deficitului intelectual și neuromotor : agresivitate sub forme diferite, paroxisme de agitație psihomotorie, stereotipii motorii multiple, stereotipii sonore, deficit senzorial (auditiv, selectiv, unilateral sau bilateral), ecolalie. Pacienții cu encefalopatie infantilă prezentau la internare un retard psihic de diferite stadii : moderat (Q.I. = 48—65 = = 20 pacienți), sever (Q.I. = 25—47 = 28 pacienți) și profund (Q.I. = 0—25 = = 3 pacienți).

Modelul de recuperare după programul Portage (3). Atmosfera creată alternează între autoritară și anarhică, în funcție de activitatea dominantă care-i conferă caracteristica. Atitudinea recuperatorului este dual㠠. Programul unei zile de lucru este minuțios prezentat într-o fișă alăturată, orientată de un inventar pentru evaluarea dezvoltării copilului, în domeniul abilităților stabilite : autoservire, cunoaștere, limbaj, socializare și motricitate. Un item de seamă îl reprezintă abilitatea exprimată într-un comportament observabil al copilului. Fiecare item în parte, raportat la starea prezentă a pacientului, exprimă anumite posibilități de răspuns și este însoțit de o cartelă de instrucțiuni privind organizarea procesului de învățare al respectivei activități. Astfel sînt sugerate metodele, tipurile de ajutor acordate și procedeele folosite precum și sarcinile de învățare prin *metoda pașilor mici*. Programul este însoțit de un manual pentru instructori (13). Rezultatele dezvoltării se înregistrează pe așa numita *hartă PAC* (PROGRESS ASSESSMENT CHART) diferențiată : PAC general, pentru intervalul 0—4 luni și PAC I pentru stadiul următor.

La examenul psihologic inițial se completează cu o anumită culoare consemnarea abilităților prezente în harta PAC și se instituie intervenția reabilitară adecvată, în toate compartimentele dezvoltării, înregistrîndu-se aparte subdezvoltarea evidențiată cu ajutorul itemilor. După intervalul de 6 luni se efectuează prima evaluare a progresului pe hartă, schimbînd culoarea pentru delimitarea achizițiilor. Se poate repeta evaluarea după 6 luni. Copilul învață prin *imitație*. Stimularea este multiplă : senzorială, motrică, perceptuală, verbală, socială și experențială (6, 9). Învățarea este *sistematică*. Timpul individual de lucru este labil : de la cîteva minute la cîteva zeci de minute în funcție de o multitudine de factori. Abordarea terapeutică diferențiată relaționează cuantificarea actelor psiho-motorii în ameliorarea marelui deficit psihic sub intervenția recuperatorie.

În cadrul programului Portage, comportamentul constituie o componentă esențială de lucru. Schematic evidențiem cîteva tipuri de comportament, specifice lotului de cercetare : adecvat, deficitar, neadecvat. În cercetarea noastră am dispus de 5 metode tip de învățare a noilor componente care aparțin tehnicității. Comportamentul este observabil, poate fi măsurat, numărat, înregistrat și se modifică ușor prin învățare. Consecința modificării se reflectă în procesele interioare (gîndire, sentimente). Inițial se învață comportamente simple, de la element la complex de elemente. Abilități simple facilitează învățătura altor comportamente. Nu se începe prin reducerea inițială a comportamentului excesiv, ci prin determinarea creșterii unui comportament bun în substituția comportamentului neadecvat (17). Comportamentul ignorat va descrește. Procesele curativ-pe-

Scanned with OKEN Scanner

dagogice cu formarea deprinderilor de autoservire și continuă cu dezvoltarea deprinderilor intelectuale.

Logoterapia constă în intervenția zilnică individuală și de grup și se completează în programul recuperator prin emiterea sunetelor la oglindă, prin onomatopee, planșe, cîntece ritmate și anumite tipuri de joc (2, 13). *Kinetoterapia* (7) începe cu mișcări ample, ușor de executat, sub formă de joc. După însușirea mișcărilor ample, se exersează treptat mișcările fine. Concomitent se practică lecții simple de cultură fizică medicală pentru exersare și stimularea respirației. *Terapia prin muzică* (7) prin calitățile ei ritmice facilitează comunicarea terapeut-pacient. Muzica potențează inhibiția voluntară în coordonarea motricității, permite relaxarea și descărcarea constructivă a emoției. În programul recuperator s-a utilizat procedeul muzical în cor, în activități artistice desfășurate cu public, cu valoarea climatului de sărbătoare și senzației integrării în mediu. Zilnic se administrează procedeul muzical la solicitarea pacienților.

Terapia prin joc (8, 12) reprezintă o componentă majoră a activității recuperatorii, prin rolurile multiple și hotărîtoare ale jocului în dezvoltarea copilului normal sau handicapat psihic. Activitatea ludică orientată diferențiat asupra funcțiilor întîrziate în dezvoltare proiectează dispoziții pozitive, eliberează elemente tensionale, canalizează manifestările agresive spre deconectare și diminuarea încărcăturii emoționale. În joc, copiii deficienți își pot îmbogăți funcționalitatea psihică, proiectînd conflicte și motive ce constituie conținutul tulburărilor de comportament. Sub influența jocului se restructurează întreaga activitate psihică. Jocul constituie o formă de acțiune modelatoare a gîndirii, fiind un reglator al stărilor afective, tonifică și reglează. Jocul este catharsis și compensare, fiind un act educativ terapeutic.

Un procedeu curativ-pedagogic nelipsit în programul recuperator îl constituie *psihoterapia* (12, 17). Prin psihoterapia adecvată tentăm spre o atenuare a deficitului, intensificarea relațiilor, a eficienței comportamentale și modificarea mediului. Ca metodă în intervenția reabilitară a copilului cu mare handicap psihic se urmărește ameliorarea nivelului adaptabilității și eliminarea situațiilor conflictuale.

Tehnicile nonverbale (4) constituie alte proceduri recuperatorii care includ: artterapia — desenul, pictura cu degetele, modelajul dezvoltă capacitatea de exprimare, de comunicare, de explorare a ambianței și senzația de sănătate. Terapia ocupațională (15, 16) completează metodele utilizate în reabilitarea handicapatului sever. În cadrul programului sînt incluse activități manuale cum ar fi: construcții din cuburi colorate, încastrări, colorare de imagini, decupare de figuri din hîrtie, înșirare de mărgele și împletituri simple. În stadiu mai avansat se dezvoltă motricitatea prin lucru la instalații de microatelier (pentru fete: cusut pe pînză, țesut la gherghef cu fire viu colorate, semne de carte, covorașe pentru păpuși). Ameliorarea motricității facilitează îmbunătățirea unor funcții psihice: limbajul, atenția, activitatea, reduce agitația psihică și ajută la o mai bună pregătire pentru muncă a deficientului (15, 20). Prin *terapia de grup* se dezvoltă motricitatea prin exerciții ritmice sub acompaniament muzical obținîndu-se simultan stimularea afectivă. Jocurile în general și jocul cu mingea au favorizat dezvoltarea rapidității, reglarea și coordonarea mișcărilor.

Motricitatea manuală se dezvoltă în etape succesive incluse în programul recuperator: desfacerea unui pachețel, a unui mic obiect, operația de întindere a mîinii, de apucare, de învîrtire, de închidere și deschidere, de apucare cu degetele a cît mai multe obiecte mici cu o mînă, apoi concomitent cu ambele mîini, exerciții de încheiere și descheiere a nasturilor, încheierea șnururilor la pantofi și înnodarea acestora.

Metodele expuse în rezolvarea adecvată tind a promova orientarea terapeutică experimentală cu valoare de generalizare în intervenția reabilitară.

Rezultate și discuții

Asistența pedagogică reține prioritar și focalizează esențialmente formarea capacității de autoservire la copilul cu mare deficit psihic: 63% din pacienți prezentau la internare o evidentă absență a autoservirii. Se impune crearea posibilității de a se îmbrăca, de a utiliza grupul sanitar, de a se spăla fără ajutor. Elaborarea *deprinderilor și obișnuințelor simple* de autoservire se instituie încă din prima zi de spitalizare. Ele se interferează cu toate intervențiile terapeutice și constituie „scheletul" pe care se vor grefa celelalte abilități psihokinetice reprezentînd în egală măsură un mijloc și un scop.

Scanned with OKEN Scanner

Deprinderile intelectuale ocupă un loc secundar în contextul asistenței și recuperării copilului handicapat sever. Evaluarea Q.I. prin proba W.I.S.C. (și altele) indică valori îmbunătățite atît în cursul desfășurării programului recuperator cît și la finele experimentului. Din lotul inițial de 62 subiecți au fost recuperați, după modelul recuperator prezentat în cercetarea noastră, 27 pacienți, ceea ce reprezintă 43,55%. Dintre aceștia 11 cazuri s-au orientat spre învățămîntul de masă (8 copii școlari — inclusiv case de copii și 3 copii în învățămîntul pentru preșcolari), repartizați în învățămîntul special = 5, în căminul atelier = 1, reintegrați în familie = 5 (copii cu comportament ameliorat), și reținuți în spital pentru terapie ocupațională și ergoterapie = 5 (cu afecțiuni cronice ce se află în tratament).

S-a proiectat și inclus în modelul recuperator și *proba școlii de masă* care a fost frecventată în clasa I de un număr de 6 pacienți (4 au continuat școlarizarea, iar 2 nu s-au adaptat școlarizării).

În contextul compoziției heterogene a lotului experimental, în cursul activității, unii subiecți au suferit un proces de psihotizare, cu regresiune psihică, pierderea achizițiilor anterioare, cu o degradare evidentă și demențiere. Marele deficit psihic necesită orientarea de debut spre obișnuințe motrice. În intervențiile ortopedagogice și terapeutice s-a mai constatat că eforturile orientate spre deficite parțiale, cum ar fi cele senzoriale, asociate cu dezordini comportamentale sau emoționale, ameliorează starea deficitară, realizînd compensarea printr-o mutilare parțilă a ansamblului personalității" (18, 19).

Desfășurarea asistenței medico-psiho-pedagogice s-a integrat într-un sistem puternic saturat în dependențe interacționale cu determinări și reacții reciproce, mediind contacte și comunicarea cu mediul.

Tehnicile prezentate în modelul recuperator pentru copilul handicapat sever sînt parțiale. Nici una nu circumscrie exact și exhaustiv întregul domeniu al conceptului de recuperare dar se implică în esența complexă a acestuia. Fiecare delimitează și se suprapune prin una din părțile sale acționale. Fiecare dintre ele, parțial eficientă și parțial ineficientă, în sensul de complexă, dificil abordabilă ori inaccesibilă prin gradul deficitului și nu prin deficiența metodei. Prin sumarea lor se obține acțiunea integrală. Orice observație exprimă și conține un remediu în reabilitare. Metodele se completează prin gradul de parțialitate în sensul valorii intrinseci și a interconexiunii în tendința spre complementaritate și generalitate. Pot fi unificate, sintetizate și reunite într-o clasă unică, superioară, sintetică. Practic se impune o îmbinare a procedeelor, tentînd exclusiv sau preponderent spre elaborarea parțială a autoeducației (10).

Rezultatele înregistrate validează atît modelul recuperator prezentat cît și instrumentarul cu tehnicile de lucru sub aspect științific, metodologic și eficient practic.

Intervenția reabilitară este foarte dificilă în cadrul unui colectiv de copii handicapați sever incluși într-un program instituționalizat și cu o evoluție prelungită. Efectele scontate sînt lente, tardive dar posibile și cu precădere necesare.

Cercetarea de față aduce argumente modeste pentru generalizarea modelului de recuperare a copilului handicapat sever cu evoluție prelungită și cuprins în regim instituționalizat.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. Ajuriaguera de J.: *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Edit. ESF, Paris, 1971, vol. I.
2. Arcan P., Ciumăgeanu D.: *Copilul deficient mintal*, Edit. Facla, Timişoara, 1980.
3. Bluma S., Scharer M., Frohman A., Hilliard J.: *Portage Guide to Early Education Manual*, Wisconsin, U.S.A., 1976.
4. Caraman Al., Caraman Lucia: *Probleme de defectologie*, IX, M.E.I., Inst. de Cerc. Psih. ped., 1975.
5. Cebîchin E. A.,: *Emoţionalna-nolevaea regulaţia povederia deatelnosti*, Moscova, 1983, C. 48.
6. Dowler B. Ph.: J, Handicaped Child, Hunctington, 1970, 11, 4.
7. Fătu Zelma: *Ritmică şi gimnastică medicală*, Lit. Univ. „Babeş-Bolyai", Cluj, 1969.
8. Garner W. R.: J. Experim. Psychol. General, London, 1979, *108*, 2, 133.
9. Handel S., Imai S., Spottswood P.: Perception and Psychophyses, 1986, *28*, 3, 205.
10. Kemler D. G., Smit L. B.: J. Experim. Psychol. General, London, 1978, *107*, 3, 133.
11. Lomov B. F.: *Metodologiceschie i teoreticeschie problemî psihologii*, Moscova, 1984, C. 104.
12. Lungu-Nicolae Sora: Rev. psih., Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1976, tom. 22, 3.
13. Păunescu C.: *Deficienţa mintală şi procesul învăţării*, Edit. Did. Ped., Bucureşti, 1976.
14. Pirozynski T. et. al.: Rev. Med. Chir., Iaşi, 1986, 4.
15. Roşca Mariana: *Psihologia deficienţilor mintali*, Edit. Did. Ped. Bucureşti, 1967.
16. Saltz E., Jonson J.: J. Educ. Psychol., London, 1974, *66*, 4.
17. Smelev A. G.: Vopr. Psih., Acad, ped. nauk., S.S.S.R., 1987, 36.
18. Vilinas V. P.: *Psihologhia emoţii*, Moscova, 1984, c. 3.
19. Vlasova T. A., Penzner S. M.: *Despre copiii cu abateri în dezvoltare*, Edit. Did Ped., Bucureşti, 1975.
20. Zazzo R.: *Debilităţile mintale*, Edit. Did. Ped., Bucureşti, 1979..

SIGNIFICANCE OF PSYCHOLOGICAL INVESTIGATIONS IN THE REHABILITATION OF THE SEVERELY DISABLED CHILDREN

(Abstract)

This multidisciplinary study brings medico-psycho-pedagogic scientific and methodological arguments for a model of psychic rehabilitation of the severely disabled children admitted to specialized clinics. The instruments and techniques were adapted to the specific features of the nosological categories included in the experimental series. The obtained results, checked up longitudinally and latitudinally, suggest that this model can be generalized.

Scanned with OKEN Scanner

UNIUNEA SOCIETĂȚILOR DE ȘTIINȚE MEDICALE
DIN REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA

NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, NEUROCHIRURGIE

REVISTĂ A SOCIETĂȚII DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE
ȘI NEUROCHIRURGIE

EXTRAS

3

IULIE — SEPTEMBRIE 1982

Scanned with OKEN Scanner

Posibilităţi şi limite în investigarea şi aprecierea potenţialului aptitudinal restant psihomotor la bolnavul psihic cu regim instituţionalizat

V. Hrimiuc, psih. **V. Paraschiv**

Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" Iaşi (directorul spitalului : prof. dr. **P. Brânzei**)

NOTA I

REZUMAT *Pornind de la ideea că proiectarea formelor de terapie ocupaţională trebuie începută prin aprecierea diferenţiată a potenţialului aptitudinal psihomotor restant, autorii propun o trusă psihologică denumită „M.T.M." prin care se poate investiga şi aprecia acest potenţial.*

Bolnav psihic *Tratament*
Incapacitate de muncă *Muncă*

Analiza datelor înregistrate la loturile de handicapaţi psihic comparativ cu cele evidenţiate la normali a dus la concluzii cu valoare teoretică şi practică în organizarea activităţilor de terapie ocupaţională.

Proiectarea şi organizarea ştiinţifică a elementelor funcţionale structurate în formele de terapie ocupaţională, în general, şi a celor de ergoterapie, în special, pentru handicapatul psihic cu regim instituţionalizat trebuie să pornească de la detectarea structurilor normale restante ale individului, de la investigarea şi aprecierea cît mai precisă a potenţialului aptitudinal funcţional restant diferenţiat.

Deoarece activităţile de ergoterapie în care se antrenează bolnavii psihici au mai mult un caracter de muncă manuală, fiind solicitate în special aptitudinile psihomotorii şi psihosenzoriale, în cercetarea noastră s-a plecat de la întocmirea unor „minipsihograme", a unor mici inventare de însuşiri şi calităţi absolut necesare pentru a executa o anumită muncă. Am încercat să evidenţiem coordonatele vectoriale dominante pur aptitudinale, cuprinse în structurile formelor de ergoterapie desfăşurate. La o analiză mai atentă s-a ajuns la concluzia că orice structură de activitate ergoterapică, cu efecte de „catharsis psihomotor", poate fi considerată şi asemănată cu o simplă „metodă de lucru", ca o „operaţie" de a cărei efectuare răspunde un pacient, sau un grup de pacienţi pe un anumit spaţiu de lucru, cu anumite unelte, acţionînd asupra unui obiect ori grup de obiecte, activitate alcătuită din diferite „faze" în care

Scanned with OKEN Scanner

se efectuează numeroase „mînuiri", materializate în final prin „mișcări", mișcarea rămînînd elementul cel mai simplu al activității.

Exprimîndu-ne la nivelul organizării muncii, putem afirma că avem de-a face cu un sistem de tipul „om-unealtă-mediu", o formă simplă a sistemului ergonomic, în care se urmărește adaptarea muncii la om (la potențialul aptitudinal restant) și a omului la munca sa (la structurile de activități terapeutice ocupaționale). Elementul terapeutic în cadrul ergoterapiei apare ca un raport, ca o relație organism-mediu, în care au loc, pe de o parte, un consum energetic cu scop adaptativ, pe de altă parte o descărcare psihomotorie care poate fi perturbată ori distorsionată.

Mișcările executate sînt cele mai simple unități structurale, funcționale din care sînt formate operațiile, acțiunile și activitățile, sînt adevărate mecanisme care, atunci cînd sînt automatizate, devin stereotipe și postvoluntare. Actul motor nu trebuie privit izolat și separat chiar atunci cînd este cercetat, ci trebuie văzut ca un act psihic complex care cuprinde în structura sa toate funcțiile și procesele psihice, ca o manifestare a conștiinței de sine, în care se definește personalitatea.

Într-o viziune ontologică, „acțiunea umană" prin elementele funcționale structurate sistemic și dinamic în procesul muncii, se „individualizează" prin scop, pe cînd „operația" psihomotorie se „obiectivează" și rămîne doar o simplă dispoziție instrumentală care poate intra în constituția diferitor acțiuni, tot așa cum aceeași activitate poate fi îndeplinită prin diferite operații.

Sintetizînd, am putea afirma că activitatea se identifică prin motivație, acțiunea se distinge prin scop, iar operația și mișcarea apare ca un instrument dialectic și unitar al tehnicii de efectuare și materializare a ambelor forme. Iată justificarea și explicația științifică pentru care în investigarea și aprecierea potențialului aptitudinal psihomotor restant la handicapatul psihic, s-a pornit și s-a pus accent, în prima etapă, pe „analiza" mișcării și nu pe „sinteza" lor, pe psihogestualitatea motrică și nu pe coordonare prin asociere și disociere manuală.

Pentru finalizarea scopului am selectat și utilizat o trusă pentru investigarea psihomotricității cunoscută în organizarea ergonomică a muncii sub numele de „trusă M.T.M." [1] pe care am adaptat-o la obiectivele cercetării și ipotezei noastre. Cu ajutorul acesteia s-a putut investiga și aprecia 20 tipuri de mișcări simple și alte patru combinații ale mișcării [2].

Instrumentele noastre au fost inițial verificate avînd calități diagnostice și prognostice a potențialului aptitudinal psihomotor, cu un indice de fidelitate semnificativ ($\rho = 83{,}7\%$) cu un grad de validitate productivă favorabil de $\rho = 87{,}08\%$, cu un grad de omogenitate de distribuție manuală și cu o corelație canonică (multiplă) de $\rho = 78{,}07\%$, pentru cele 24 tipuri de mișcări.

Avantajul acestor truse constă în posibilitatea aprecierii acestor mișcări fără a stînjeni subiectul. Au fost simulate (pentru a fi testate în funcție de gradul de dificultate în execuție) 3 grade de mișcări :

— Mișcările de gradul I pot fi executate ușor, în mod reflex, fără exerciții, cu un minimum de practică, care solicită, din punct de

[1] Trusa M.T.M. este formată din diverse părți : planșa cu zonele de intervenție și trusa propriu-zisă, formată dintr-un bloc de montare, cu 7 lăcașuri și 8 mici piese.

[2] Au fost concepute 9 mișcări ale membrelor superioare, două ale ochilor, 9 mișcări ale corpului și membrelor inferioare și 4 combinații de mișcări.

Scanned with OKEN Scanner

vedere psihologic, simțul chinestezic sau, altfel spus, memoria musculară, subiectului cerîndu-i-se să dispună doar „certitudinea mentală a localizării obiectului", fără a fi absolut necesară participarea văzului sau a controlului mental.

— Mișcările de gradul al II-lea necesită utilizarea concomitentă a memoriei musculare cu controlul vizual sau cel mental.

— Mișcările de gradul al III-lea necesită o utilizare la maximum atît a memoriei musculare, controlului vizual și celui mental.

Investigarea celor 24 tipuri de mișcări s-a realizat pe un eșantion de 976 subiecți adulți sănătoși, apți de muncă, din sectorul textil (bărbați și femei), extinsă apoi pe 470 subiecți adulți, executanți handicapați cu incapacitate temporară de muncă prin boli psihice cuprinzînd, în final, și un număr de 300 școlari (pentru validare și etalon), un eșantion de 316 bolnavi psihici cu evoluție îndelungată și 531 copii handicapați psihici cu regim terapeutic, instructiv și educativ instituționalizat. Pentru aprecierea performanțelor și stabilirea distribuției subiecților testați în funcție de itemii obținuți am folosit cele „cinci trepte de îndemînare și efort" după metoda LSM (foarte bună, bună, medie, acceptabilă și slabă), la care am adăugat încă două trepte extreme: excelentă (specifică pentru executanții sănătoși și activi) și foarte slabă (specifică randamentului subiecților handicapați). Distribuția pe cele 7 clase ne-a oferit posibilitatea să anticipăm mai ușor forme diferențiate, de terapie ocupațională și educațională pentru cele două categorii de handicapați luați în studiu. Iată cum se prezintă distribuția subiecților pe cele 24 probe pe cele 7 niveluri de îndemînare și efort, pentru subiecții normali (adulți și copii) și pentru handicapați (copii și adulți) (fig. 1).

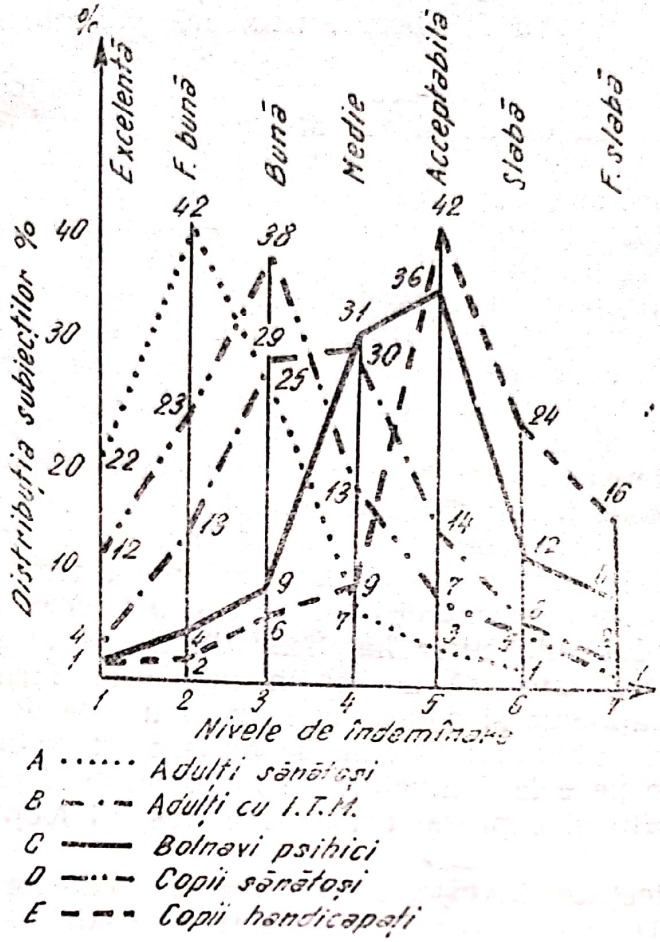
Distribuția subiecților investigați din prima categorie (subiecți categoria A din fig. 1) se prezintă cu o asimetrie de stînga, cum era și de așteptat întrucît, pentru realizarea sarcinilor unei structuri de activitate profesională dată, orice executant este apt de a executa cu foarte mare ușurință și într-un timp foarte scurt cele 24 tipuri de mișcări (în zonele de randament apreciabile sînt aproape 90% de subiecți, iar în celelalte zone 10%, reprezentînd de fapt cazurile de neîndeplinire a normelor, compensate prin depășirile de normă).

Grupa a doua-B, din categoria handicapaților psihici cu incapacitate temporară de muncă, include în distribuție toate cele 7 zone de randament, în care valorile de cuprindere maximă sînt dispuse în zonele de îndemînare medie și bună, în proporție de 60%, pe cînd în zonele de superperformanță la 17%, iar în zonele de performanță minimă 23%, ceea ce înseamnă că situația de handicap prezintă o stare reală de eșec și risc adaptativ socio-profesional, care a perturbat, în sens negativ, printre altele, și potențialul funcțional psihomotor și că pentru îndeplinirea anumitor sarcini se apelează la alte rezerve aptitudinale. Totuși, prezența unei proporții de 17% din subiecții care au obținut rezultate apreciabile, demonstrează faptul că nu întotdeauna orice handicap psihic perturbă negativ valoarea potențialului aptitudinal. La o analiză mai atentă, luînd în balanță și alți indicatori sintetici, cum ar fi natura și durata suferinței psihice, precum și incapacitatea temporară de muncă, s-a confirmat ipoteza relației directe între starea de sănătate psihică și nivelul de perturbare aptitudinală.

Analizînd repartizarea grupei B de subiecți, cuprinzînd bolnavii psihici cu evoluție îndelungată, se constată o deviere pronunțată spre

Scanned with OKEN Scanner

Figura



dreapta, spre zonele cu randament aptitudinal scăzut. Deducem, astfel, comparînd cele trei distribuții obținute, următoarele :

— Starea de sănătate psihică este direct proporțională cu valoarea reală a potențialului aptitudinal general psihomotor restant.

— Handicapul psihic asociat cu boli somatice scade randamentul aptitudinal psihomotor.

— Zona de interferență comună cele trei categorii de subiecți investigați ne sugerează și anticipă ideea posibilității de recuperare psihomotorie și aptitudinală prin reeducarea și revitalizarea potențialului aptitudinal restant prin forme specifice și diferențiate de terapie ocupațională, proiectate și organizate în mod științific, după criterii și principii psihologice, sociologice și medico-pedagogice.

— Distribuția comparativă a celor trei categorii de subiecți ne sugerează o dinamică evolutiv progresivă a diverselor forme și tehnici terapeutice de recuperare funcțională a bolnavului psihic în funcție de diagnostic, pe de o parte, și de gradul de perturbare aptitudinală, pe de altă parte. Pacienții cu evoluție îndelungată plasați în zonele de performanță mică (foarte slabă, slabă și acceptabilă) trebuie orientați spre tipuri de terapii ocupaționale cu caracter educațional-psihosenzorial, pentru formarea și consolidarea unor deprinderi elementare motorii, absolut necesare pentru o viață independentă. Aceste tehnici de terapie ocupațională, care angajează potențialul aptitudinal psihomotor restant, trebuie să asigure efectul terapeutic, pe de o parte, efectul compensator,

progresiv-evolutiv, asupra întregii dimensiuni a personalității umane restante, pe de altă parte.

În funcție de progresul sau regresul real, de modul cum aptitudinile motrice restante au fost activizate, întreținute și educate, în funcție de stabilitatea aptitudinală restantă, o parte din ei pot și trebuie să continue aceste forme, iar ceilalți să fie pregătiți pentru noi tehnici psihoterapeutice ocupaționale. Dintre pacienții care se încadrează în zonele de performanță mede și acceptabilă, o parte sînt selectați și dirijați spre activități concrete de terapie ocupațională diferențiată. Subiecții care sînt distribuiți în zonele de performanță medie și bună, sînt cuprinși și integrați în adevărate activități de ergoterapie monoprofesionalizată și remunerată, în care actul terapeutic trebuie apreciat printr-un randament concret, vizibil, real. Cei care reușesc să perfecționeze și să-și stabilizeze potențialul aptitudinal pot fi recomandați micilor ateliere productive cu profil ergonomic diferențiat în regim protectiv.

Grupul de handicapați care au trecut în mod conștient și sistematic prin toate formele de terapie ocupațională și au reușit să-și restabilească și să-și profileze un potențial aptitudinal funcțional, pot primi recomandarea psihologică și medicală, pentru reinserție socio-profesională, fiind luați în evidența Serviciului psihosocial pentru evidența riscurilor decompensărilor.

În prezentul studiu nu am realizat o distribuție a cazurilor cu posibilități de recuperare funcțională aptitudinală psihomotorie pe grupe nosologice, deoarece o asemenea repartizare trebuie realizată individual; orice mișcare realizată în cadrul unei activități cu caracter ergoterapeutic trebuie privită ca un adevărat act motor, ca un act psihic complex, pur individual, care angajează în structura sa toate funcțiile cognitive, afective, volitive și de personalitate.

Comparînd distribuția celor trei categorii de subiecți adulți cu cele două categorii de subiecți copii, desprindem cîteva observații:

— Distribuția copiilor sănătoși pe cele șapte niveluri se aseamănă cu cea a adulților numai că prezintă o translație aproape direct proporțională spre dreapta; vîrsta și experiența influențează asupra valorii reale a potențialului aptitudinal psihomotor.

— Distribuția cazurilor de handicapare la adulți comparativ cu cea la copii se prezintă la fel. La adulți sănătoși valoarea de distribuție maximă este în zona de performanță foarte bună de 42%, egală cu zona de distribuție acceptabilă pentru copilul handicapat [1]. Analiza repartiției subiecților din cea de a 4-a grupă D, de copii normali cuprinși în școli generale arată că doar 13% nu pot executa mișcările propuse. Analizînd structura eșantionului respectiv, s-a constatat, printre altele, mici afecțiuni psihomotorii care pot fi compensate prin activități cu caracter psihochinetoterapeutic. Pentru restul de 87% din subiecți distribuția se prezintă normală și am putea spune chiar simetrică.

Cea de a cincea grupă E, de copii handicapați psihic, cu regim terapeutic protectiv instituționalizat, prezintă o distribuție asimetrică cu deviație spre dreapta:

— 40% sînt cuprinși în zonele de performanță foarte slabă și slabă, în care activitatea de recuperare se reduce la acțiuni de terapie ocupațională pentru formarea deprinderilor elementare, care să-i scoată din situația de dependent;

[1] Prelucrările statistice au fost realizate matematic de Ec. Maria Paraschiv.

— 42% sînt cuprinși în zona de îndeminare acceptabilă, din care fac parte în special debilitățile mentale unde se conturează un potențial aptitudinal care trebuie să fie bine cunoscut și solicitat în structuri de terapie ocupațională necesar menținerii acestor capacități restante măcar la nivelul existent ;

— 18% din copii handicapați sînt situați în zonele cu niveluri de îndemînare bună fiind vorba de o recuperare funcțională reală, prin activități diferențiate ; putem vorbi de o orientare profesională în care potențialul aptitudinal psihomotor restant să corespundă cu solicitările locului de muncă.

În *concluzie :*

— Potențialul aptitudinal psihomotor poate fi investigat și apreciat prin „Trusa M.T.M." adaptată.

— Potențialul aptitudinal psihomotor restant nu trebuie confundat cu psihomotricitatea, cu o sumă de acte motorii ; el reprezintă manifestări psihice complexe, care angajează întreaga personalitate umană.

— Cele șapte niveluri de performanță ale îndemînării și efortului permite o clasificare și etapizare dinamică a recuperării diferențiate a handicapaților.

— Cercetarea diferențiată trebuie să înceapă cu „analiza" mișcărilor, să continue cu „proiectarea" de tipuri clasice de mișcări și să finalizeze cu „sinteza" mișcărilor și posibilitatea de organizare a acestora într-o structură de activitate profesională dată.

— Nici o formă de terapie ocupațională nu poate asigura caracterul „terapeutic" și recuperator dacă nu pornește de la potențialul aptitudinal psihomotor restant diferențiat.

— Conținutul psihologic al investigării și aprecierii potențialului, nu trebuie confundat cu „psihochinetoterapia", deși dinamic îl presupune.

— Trusa M.T.M., ca instrument de investigare și apreciere a potențialului aptitudinal restant, este doar o etapă în această direcție care se continuă cu investigarea psihologică a posibilităților de aplicare și respectare a principiilor economiei de mișcări care să ducă la finalizarea de noi structuri ergoterapeutice. Nivelurile de performanță aptitudinală cuprind toate manifestările comportamentale în timpul execuției, în care departajarea în distribuția subiecților se face în funcție de personalitate, de asimilare, acomodare, adaptare și integrare a conținutului psihologic, a potențialului aptitudinal psihomotor restant individual.

BIBLIOGRAFIE

AVERBACH A. I. și colab. — Bolile nervoase și psihice generatoare de invaliditate, Moscova, 1962 (Monografie).

* * * — Adaptare și integrare în mediul industrial. Sesiune științifică — Iași 14—15.X.1977.

BRÂNZEI P. — Itinerar psihiatric, Ed. Junimea, Iași, 1975.

BORCEA A. și colab. — Un sistem metodologic necesar și posibil în elaborarea unui program de recuperare a capacității de muncă a bolnavilor psihici pensionari, *Rev. Psihiat. Neurochir.*, 1980, 2, 81—99.

* * * — Bireau International du travail : Introduction à l'étude du travail, 1966.

DOUBLET J. — Rôle des milleux protegés dans la réadaptation des handicapés mentaux. Thèse de médicine, Paris, 1967.

DELMAR și colab. — La mesure rationelle du travail — M.T.M., Les editions d'Organisations, Paris, 1962.

ENĂCHESCU C. — Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici, Ed. medicală, București, 1979.

Scanned with OKEN Scanner

GOLDBERG L., HOFFMEISTER F. — Psychie dependence, Ed. Springer, Berlin, 1973.
HRIMIUC V. şi colab. — Consideraţii asupra rolului L.S.M. în profilaxie şi recuperare. U.S.S.M., Filiala Arad, 10.XI.1979.
HRIMIUC V. şi colab. — Variaţiile nivelului aptitudinal pe durata unui schimb de lucru în stările nevrotice, *Rev. Neurol. Psihiat. Neurochir.*, vol. XXV, 1980, 4, p. 291—294.
HRIMIUC V. — Criterii bio-psiho-sociale privind evaluarea capacităţii productiv restante în bolile psihice. Ses. Şt. U.S.S.M. Iaşi 30.X.1970.
JURCĂU N. — Aptitudini profesionale, Ed. Dacia, 1980.
LANSLEY R. — Metode de muncă şi mişcările la locul de muncă, Curs de studiul muncii Bucureşti, CEPECA, 1967.
LEONTIEV A. N. — Biologicul şi socialul în psihicul omului. Analele Româno-Sovietice, Pedagogie-Psihologie 1962/2.
KONROSKI J. M., MILLER S. M. — Citat de I. P. Pavlov în : Mecanismul fiziologic al aşa-numitelor mişcări voluntare, Ed. Academ. Bucureşti, 1953.
KOVAC D. — Procesele de cunoaştere şi certitudinea, *Rev. Psihol.*, 1970/1.
MELEHOV D. E. şi colab. — Regimul de muncă în casele de invalizi psihici cronici ale M.P.S. din R.S.F.S.R., 1976.
PETEANU M. — Examinarea medicală în scop de selecţie şi orientare şcolară şi profesională, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1971.
PREDESCU V. — Psihiatria, Ed. medicală, Bucureşti, 1976.
PREDESCU V. şi colab. — Aspecte epidemiologice în mediul industrial în : Adaptarea şi integrarea în mediul industrial, p. 27—79.
* * * — Psihoterapia integratoare. Ses. St. Iaşi 29—30.X.1976.
PIROZYNSKI T., MYARKA PIROZYNSKI, HRIMIUC V. — Funcţia relaţională a ergoterapiei în asistenţa medico-socială a bolnavului psihic, *Rev. Neurol. Psihiat. Neurochir.*, 1977, 1.
* * * — Recuperarea şi asistenţa socială a bolnavilor psihici. A III-a Conf. de Psih. U.S.S.M., Bucureşti, 7—8. XI. 1974.
ROBĂNESCU N. — Adaptarea copilului handicapat psihic, Ed. medicală, Bucureşti, 1976.
ROBĂNESCU N. — Reeducarea neuromotorie, Ed. medicală, Bucureşti, 1968.
SIVADON P. — Traité de psychologie médicale vol. I—III, Presses Universitaires, Paris, 1973.
SIVADON P. şi colab. — Psychopathologie du travail. Les Editions Sociales, Françaises, 1969.
TILLEY K. W. — Training for maintenance personnel, în „Ergonomics", 1967/2.

Articol intrat în redacţie la 7.IV.1981.

Indicele de clasificare : 616.89—036. 86 :615.825.5

SUMMARY

V. Hrîmiuc, V. Paraschiv — POSSIBILITIES AND LIMITATIONS IN THE INVESTIGATION AND EVALUATION OF THE PSYCO-MOTOR APTITUDE PIOTENTIAL IN THE INSTITUTIONALIZED PSYCHICAL PATIENT

Starting from the idea that design of forms of occupational therapy should start by an differentiated assessment of the remaining psycho-motor aptitude potential, the authors suggest the use of a psychologic kit called „M.T.M." by which it is possible to investigate and to evaluate this potential.

РЕЗЮМЕ

В. Хримюк, В. Параскив — ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДЕЛЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ ОСТАТОЧНОГО ПСИХОМОТОРНОГО ПОТЕНЦИАЛА СПОСОБНОСТЕЙ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ВЫДЕРЖИВАЕМЫХ В УСТАНОВЛЕННОМ РЕЖИМЕ ЖИЗНИ

Исходя от мысли о том, что проектирование форм трудотерапии следует начинать дифференциальной оценкой остаточного психомоторного потенциала способностей, авторы предлагают пользоваться психологическим набором, называемым „*M.T.M.*", с помощью которого можно исследовать и оценить этот потенциал.

Scanned with OKEN Scanner

RECENZIE

RISCURI, ERORI ŞI DIFICULTĂŢI ÎN TRAUMATOLOGIA CRANIO-CEREBRALĂ

C. Arseni, I. Nica

Edit. militară, Bucureşti, 1980

Lucrarea tratează pentru prima dată în literatura de specialitate unele aspecte deosebite ale traumatologiei craniocerebrale. Sînt abordate tocmai problemele, atît de disputate, legate de diagnosticul şi tratamentul traumatismelor craniocerebrale, discutîndu-se riscurile, erorile şi dificultăţile acestei afecţiuni.

Lucrarea este structuralizată în două părţi — parte generală şi parte specială —, abordînd toată patologia traumatică craniocerebrală.

În *partea generală* sînt prezentate : frecvenţa traumatismelor şi politraumatismelor cu implicaţii craniocerebrale ; etiologia şi mecanismele traumatismelor craniocerebrale ; complexele fiziopatologice apărute în organism cu ocazia acestor agresiuni ; simptomatologia traumatismelor craniocerebrale şi a politraumatismelor cu implicaţii craniocerebrale.

Traumatismele craniocerebrale reprezintă între 30 şi 50% din toate traumatismele organismului, iar incidenţa lor este în continuă creştere. Autorii trec în revistă totalitatea elementelor care sînt implicate în traumatismele craniocerebrale : scalpul, craniul, meningele, encefalul, insistîndu-se asupra elementelor de importanţă majoră — structurile cerebrale.

Simptomatologia traumatismelor craniocerebrale este dezbătută mai ales în direcţia tulburărilor stării de conştienţă — elementul central prognostic. Examenul clinic al traumatizaţilor craniocerebrali sau al politraumatizaţilor cu implicare preponderentă craniocerebrală insistă asupra datelor furnizate de examenul neurologic, asupra modificărilor vegetative şi asupra crizelor epileptice posttraumatice. Datele clinice sînt dezvoltate şi cu ocazia politraumatismelor cu implicaţii craniocerebrale.

În *partea specială* sînt discutate aspectele propriu-zise legate de riscuri, erori şi dificultăţi în diagnostic, prognosticul, evoluţia şi tratamentul traumatismelor craniocerebrale şi al politraumatismelor cu implicaţii craniocerebrale. Autorii consideră necesară dezbaterea colecţiilor sanguine intracraniene, traumatismelor craniocerebrale grave, politraumatismelor cu componentă abdominală, toracică şi craniocerebrală, a complicaţiilor şi dificultăţilor de tratament în traumatismele craniocerebrale. În final sînt prezentate efectele multiple (primare, secundare, subsecvente, tardive) ale traumatismelor craniocerebrale şi asistenţa medicală în aceste afecţiuni în timp de pace şi de campanie.

Valoarea lucrării constă tocmai în relevarea unor aspecte cu totul noi, inedite, în traumatologia craniocerebrală. Aceste aspecte clinico-terapeutice sînt legate strîns de practica medicală curentă. În aceste condiţii lucrarea „Riscuri, erori şi dificultăţi în traumatologia craniocerebrală" are o largă adresabilitate, interesînd medicii neurochirurgi, neurologi, traumatologi, ortopezi şi, în general, medicul practician de medicină generală confruntat adeseori cu aceste multiple probleme. După cum am mai spus, autorii au acordat o mare importanţă diagnosticului şi tratamentului traumatizatului craniocerebral sau politraumatizatului (cu implicaţii craniocerebrale) grav în timp de pace şi în timp de campanie. Autorii dau astfel soluţii practice în asemenea situaţii critice, cu prognostic grav, în care primele măsuri corect aplicate sînt de maximă importanţă.

Lucrarea cuprinde 340 pagini, 22 figuri şi o bibliografie exhaustivă compusă din peste 580 titluri, care selectează referiri de ultimă oră atît din literatura occidentală, cît şi din cea sovietică şi română de specialitate.

Prin multiplele aspecte noi pe care le abordează, prin caracterul practic, prin sinteza multiplelor date publicate în literatura de specialitate, lucrarea redactată de C. Arseni şi I. Nica constituie o apariţie deosebită şi necesară practicii medicale curente.